

**BESARAN KERAGAMAN DAN KUALITAS KONSUMSI BAHAN MAKANAN
PADA IBU HAMIL DI INDONESIA
(THE QUALITY AND FOOD DIVERSITY OF PREGNANT WOMEN IN INDONESIA)**

Yuniar Rosmalina dan Erna Luciasari

Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan,
Kementerian Kesehatan RI. Jl. Percetakan Negara 29 Jakarta, Indonesia
E-mail: yrosmalina@gmail.com

Diterima: 28-04-2016

Direvisi: 30-05-2016

Disetujui: 04-06-2016

ABSTRACT

Low quantities and qualities of dietary intake have effects on the health and nutritional status of the mother and the infant. The aim is to assess the food diversity and quality of food consumption of pregnant women in Indonesia. The study was cross-sectional survey design covered 33 provinces and 497 districts in Indonesia, and 643 pregnant women were included in this analysis. The food consumption data was collection assessed using 24 hour recall method. The consumption of sereal and roots 275.8 g and the consumption of the rural mother were higher compared to urban (271.6 g). The consumption of animal protein source group, fruits and milk of urban pregnant women were higher compared to rural pregnant mothers. The food consumption of urban pregnant mother more diversity than rural pregnant mother and the percentage mother who consumed ≥ 5 food groups was 90.7 percent (urban) and 78.4 percent (rural). The energy, protein, and fat intake of urban pregnant women were significantly higher compared to rural mother. The average score pph was 58.2 and the score was higher in urban (62.6) women compare to rural (53.2). The score will be increase as the food diversity more than 5 food groups and the energy requirement was 100 percent. So was the score of protein intake.

Keywords: food diversity, pola pangan harapan, pregnant women

ABSTRAK

Rendahnya kualitas dan kuantitas makanan merupakan salah satu penyebab terjadinya masalah gizi pada ibu hamil. Penelitian ini untuk memperoleh gambaran besaran dan keragaman konsumsi bahan makanan pada ibu hamil. Sumber data adalah Survei Konsumsi Makanan Individu tahun 2014. Sampel adalah ibu hamil di 33 provinsi sebanyak 643 orang. Jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi dikumpulkan dengan metode *recall* 24 jam. Hasil analisis menunjukkan rerata konsumsi bahan makanan sumber sereal dan umbi-umbian 275,8 g dan konsumsinya lebih tinggi pada ibu hamil di perdesaan (280,4 g) dibandingkan di perkotaan (271,6g). Makanan sumber hewani, buah dan susu konsumsinya lebih tinggi pada ibu hamil di perkotaan dibandingkan di perdesaan. Ibu hamil di perkotaan konsumsi bahan makanannya lebih beragam dibandingkan ibu hamil di perdesaan. Ibu hamil yang mengonsumsi lebih dari 5 jenis kelompok bahan makanan persentasenya lebih tinggi di perkotaan (90,7 %) dibandingkan di perdesaan (78,4 %). Rerata asupan energi, protein dan lemak lebih tinggi secara bermakna pada ibu hamil di daerah perkotaan dibandingkan ibu hamil di perdesaan. Skor pola pangan harapan ibu hamil total 58,2 dan skor pola pangan harapan ibu hamil di perkotaan lebih tinggi (62,6) secara bermakna dibandingkan di perdesaan (53,5). Skor pola pangan harapan (SPPH) akan meningkat bila keragaman konsumsi bahan makanan lebih dari 5 dan kecukupan energinya lebih atau sama dengan 100 persen AKE nya. Skor pola pangan harapan akan meningkat bila keragaman konsumsi bahan makanan lebih dari 5 jenis dan kecukupan proteinnya lebih atau sama dengan 100 persen AKP nya. [Penel Gizi Makan 2016, 39(1):65-73]

Kata kunci: keragaman bahan makanan, pola pangan harapan, ibu hamil

PENDAHULUAN

Kelompok ibu hamil (bumil) merupakan kelompok yang mempunyai peranan penting dalam pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita ke depan. Ibu hamil harus terpenuhi kebutuhan zat gizinya serta kebutuhan zat gizi bagi pertumbuhan janin dan bayinya¹. Namun di Indonesia masih dijumpai masalah gizi pada ibu hamil seperti masalah anemia dan kurang energi kronis (KEK). Hasil Riskesdas menunjukkan proporsi ibu hamil yang menderita KEK pada tahun 2007 sebesar 31,3 persen dan 38,5 persen pada tahun 2013^{2,3}. Prevalensi anemia pada ibu hamil prevalensinya cukup tinggi yaitu hampir 40 persen.

Upaya pemerintah untuk menanggulangi masalah gizi pada ibu hamil dan balita adalah dengan mencanangkan program 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) yang sudah bergulir sejak tahun 2013. Program ini dipilih lantaran sejak ibu hamil (janin dalam kandungan) hingga ulang tahun kedua seorang anak merupakan periode yang sangat penting, dan periode rentan terhadap gagal tumbuh⁴. Menurut Barker (2007) periode ini akan mempengaruhi pertumbuhan, status gizi dan perkembangan *cognitive* anak⁵.

Hasil Riskesdas 2010 dan 2013 proporsi bayi yang mempunyai berat badan lahir rendah (BBLR) berturut-turut 11,1 persen dan 10,2 persen yaitu dengan berat lahir bawah 2500 g⁶. Banyak upaya dilakukan yang salah satunya pemberian zat gizi baik zat gizi tunggal maupun multimikronutrien untuk menanggulangi masalah gizi pada bayi dan balita. Namun hasilnya masih belum memuaskan dengan terlihat masih tingginya masalah gizi pada bayi dan balita. Upaya penanggulangan masalah gizi maupun kesehatan harus dilakukan pada masa kehamilan bahkan lebih jauh yaitu pada masa pra-hamil atau pada saat usia remaja.

Status gizi ibu hamil selama hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. Berat badan ibu hamil harus memadai, bertambah sesuai umur kehamilan. Hal ini dikarenakan berat badan yang bertambah normal akan menghasilkan bayi yang normal juga. Di negara maju, rata-rata kenaikan berat badan selama hamil sekitar 12-14 kg. Hasil penelitian studi longitudinal, rerata kenaikan berat badan ibu selama hamil hanya 7,5 kg⁷. Rendahnya asupan energi merupakan salah satu faktor penyebab rendahnya kenaikan berat badan selama hamil.

Hasil penelitian di beberapa negara menunjukkan bahwa kekurangan gizi yang dialami ibu hamil, yang kemudian berlanjut

hingga anak berusia 2 tahun, akan mengakibatkan penurunan tingkat kecerdasan anak⁸.

Tingginya prevalensi anemia pada remaja wanita dan ibu hamil maupun kurang energi kronis (KEK) pada ibu hamil bisa juga disebabkan oleh rendahnya kuantitas maupun kualitas makanan yang dikonsumsi.

Hasil Survei Konsumsi Makanan Indonesia (SKMI) menunjukkan rerata asupan energi pada remaja hanya 72,3 persen Angka Kecukupan energi, namun kecukupan protein lebih tinggi yaitu 89,5 persen. Pada ibu hamil yang asupan energinya kurang dari 70 persen AKE sekitar 50 persen dan kecukupan proteinnya yang di bawah batas 80 persen Angka Kecukupan Protein sebanyak 52 persen ibu⁹.

Namun berapa persentase asupan zat gizinya (kuantitas) dan bagaimana keragaman konsumsi makanan (kualitas) pada ibu hamil di Indonesia perlu dilakukan analisis data lebih mendalam. Bagaimana keragaman dan kualitas konsumsi makanan menurut karakteristik ibu (wilayah tempat tinggal, umur ibu, tingkat pendidikan dan kuintil kepemilikan) juga akan coba dianalisis. Tujuan analisis adalah mendapatkan gambaran besaran keragaman dan kualitas konsumsi bahan makanan pada ibu hamil.

METODE

Artikel ini merupakan analisis lanjut dari data Riset Kesehatan Nasional (Riskesnas), yaitu Survei Konsumsi Makanan Individu (SKMI) 2014 dan Riskesdas 2013, dengan desain potong-lintang. Analisis dilakukan dari bulan Juni-Oktober 2015. Populasi adalah seluruh rumah tangga di 33 provinsi yang menjadi sampel SKMI 2014. Sampel dalam analisis ini semua ibu hamil yang ada di rumah tangga yang ikut diwawancarai dalam Survei Konsumsi Makanan Individu 2014.

Data sekunder dari survei konsumsi makanan individu tahun 2014 antara lain jenis bahan makanan dan banyaknya bahan makanan yang dikonsumsi oleh ibu hamil berdasarkan metode *recall* 24 jam.

Pada tahap awal dilakukan verifikasi tentang kelengkapan data yang diperlukan, kemudian dilakukan pengecekan kode bahan makanan termasuk berat bahan makanan matang dan berat bahan makanan mentah, mencek frekuensi distribusi makanan sumber karbohidrat, sumber protein dan sumber lemak pada masing-masing kelompok menurut kelompok bahan makanan, menganalisis keragaman konsumsi bahan makanan ibu hamil.

Untuk melihat keragaman jenis bahan pangan yang dikonsumsi ibu hamil, bahan makanan dikelompokkan menjadi 8 kelompok yaitu 1) sereal dan umbi-umbian, 2) makanan sumber protein hewani, 3) makanan sumber protein nabati, 4) sayuran, 5) buah, 6) minyak dan lemak, 7) gula, 8) susu. Sedangkan untuk menilai skor PPH bahan makanan juga dikelompokkan menjadi 8 kelompok yg berbeda, yaitu kelompok: 1) padi-padian, 2) umbi-umbian, 3) pangan hewani, 4) kacang-kacangan, 5) minyak/lemak, 6) buah berbiji lemak, 7) gula, 8) sayur dan buah. Dari 8 kelompok bahan pangan dihitung persentase kontribusi masing-masing energi kelompok bahan makanan terhadap angka kecukupan energi (AKE) ibu hamil dengan mengambil AKE ibu hamil dengan kehamilan trimester 2. Untuk menghitung skor Pola Pangan Harapan masing-masing kelompok juga diberi bobot yaitu; 0,5 untuk padi-padian, umbi-umbian, minyak/lemak, buah biji berlemak dan gula, bobot 2,0 untuk hewani dan kacang-kacangan, bobot 5,0 untuk sayuran dan buah. Skor PPH didapat dengan mengalikan bobot dengan persentase AKE-nya.

Data dianalisis secara deskriptif untuk menggambarkan sebaran responden menurut karakteristik, tingkat sosial ekonomi dan wilayah tempat tinggal. Uji beda t-test untuk menguji perbedaan antar dua nilai rerata dan *Chi-square* dilakukan untuk melihat hubungan proporsi antar variabel.

Keterbatasan penelitian adalah tidak tersedianya data umur kehamilan pada saat wawancara pengumpulan data.

HASIL

Besar sampel ibu hamil yang diwawancara pada Survei Konsumsi Individu semula berjumlah 644 ibu hamil, namun ibu yang lengkap data dan diikuti dalam analisis ini sebanyak 643 ibu. Tabel 1 menunjukkan persentase tertinggi menurut kelompok umur adalah umur 20-30 tahun sebesar 55,3 persen, sedangkan wilayah tempat tinggal responden sekitar 52 persen tinggal di daerah kota dan sisanya tinggal di desa. Tingkat sosial ekonomi ibu hamil hampir 70 persen termasuk kelompok menengah atas, dengan tingkat pendidikan persentase lebih banyak mempunyai pendidikan di bawah SMA atau tingkat SD dan SMP.

Kualitas konsumsi makanan ibu hamil disajikan berupa keragaman konsumsi bahan makanannya, kecukupan asupan energi dan proteinnya dibandingkan Angka Kecukupan Energi dan Angka Kecukupan Proteinnya serta skor Pola Pangan Harapan. Kelompok bahan makanan yang dikonsumsi ibu hamil dikelompokkan dalam delapan kelompok bahan makanan dan rata-rata konsumsinya menurut kelompok bahan makanan tersebut dapat dilihat pada Tabel 2.

Rerata konsumsi bahan makanan sumber sereal dan umbi-umbian 275,8 g dan konsumsinya lebih tinggi pada ibu hamil di desa (280,4 g) dibandingkan ibu hamil di kota (271,6 g). Makanan sumber hewani, buah dan susu konsumsinya lebih tinggi pada ibu hamil di daerah kota dibandingkan di desa. Namun hanya konsumsi buah dan minyak yang menunjukkan perbedaan yang bermakna.

Tabel 1
Karakteristik Sampel Ibu Hamil

Karakteristik Ibu Hamil	n	%
Umur		
<20 tahun	73	10,8
20 -30 tahun	336	55,3
>30 tahun	234	33,9
	643	100
Wilayah tempat tinggal		
Perkotaa	293	52,2
Perdesaan	350	47,8
Kuintil kepemilikan		
Terbawah & menengah bawah	231	30,2
Menengah -Teratas	412	69,8
Tingkat pendidikan		
<SMA	372	58,7
>= SMA	271	41,3

Kelompok buah lebih banyak dikonsumsi oleh ibu hamil di perkotaan (166,0 g) dibandingkan bumil di desa (141,2 g), sedangkan konsumsi minyak/lemak lebih banyak dikonsumsi bumil di desa (46,3 g) dibandingkan dengan ibu hamil di perkotaan (44,9g).

Persentase ibu hamil yang mengonsumsi bahan makanan terlihat bervariasi, Gambar 1. memperlihatkan jumlah ibu hamil menurut bahan makanan yang dikonsumsi.

Sereal dan umbi-umbian, makanan sumber hewani, sayur dan minyak dikonsumsi oleh lebih dari 80 persen ibu hamil. Susu sebagai sumber kalsium untuk ibu hamil hanya dikonsumsi oleh 37,5 persen ibu. Jenis susu yang dikonsumsi berupa susu cair, susu kental manis dan susu bubuk untuk ibu hamil.

Rerata asupan energi, protein dan karbohidrat terlihat lebih tinggi secara bermakna pada ibu hamil di daerah kota dibandingkan ibu hamil di desa, kecuali asupan lemak sedikit lebih tinggi asupan lemak ibu hamil di desa.

Bahan makanan dibagi dalam delapan kelompok bahan makanan yaitu: sumber karbohidrat (sereal dan umbi), bahan makanan sumber hewani, sumber nabati, sayur, buah, minyak, gula dan susu. Tidak semua ibu hamil mengonsumsi delapan jenis kelompok bahan makanan seperti terlihat pada Tabel 4.

Tabel 4 memperlihatkan keragaman konsumsi bahan makanan ibu hamil bervariasi mulai dari 1 jenis kelompok bahan makanan

hingga delapan jenis kelompok bahan makanan. Menyajikan pula empat kelompok ibu hamil yang persentasenya paling banyak.

Ibu hamil yang mengonsumsi lebih dari sama dengan 5 jenis kelompok bahan makanan persentasenya lebih tinggi di perkotaan (90,7%) dibandingkan di perdesaan (78,4%). Ibu hamil di perkotaan konsumsi bahan makanannya lebih beragam dibandingkan bumil di perdesaan.

Kontribusi energi dari kelompok sereal dan umbi-umbian sebesar 55,6 persen dan kontribusinya lebih tinggi pada responden di perdesaan dibandingkan di perkotaan. Kontribusi sumber protein hewani, nabati, dan buah lebih tinggi secara bermakna pada bumil di perkotaan dibandingkan di perdesaan.

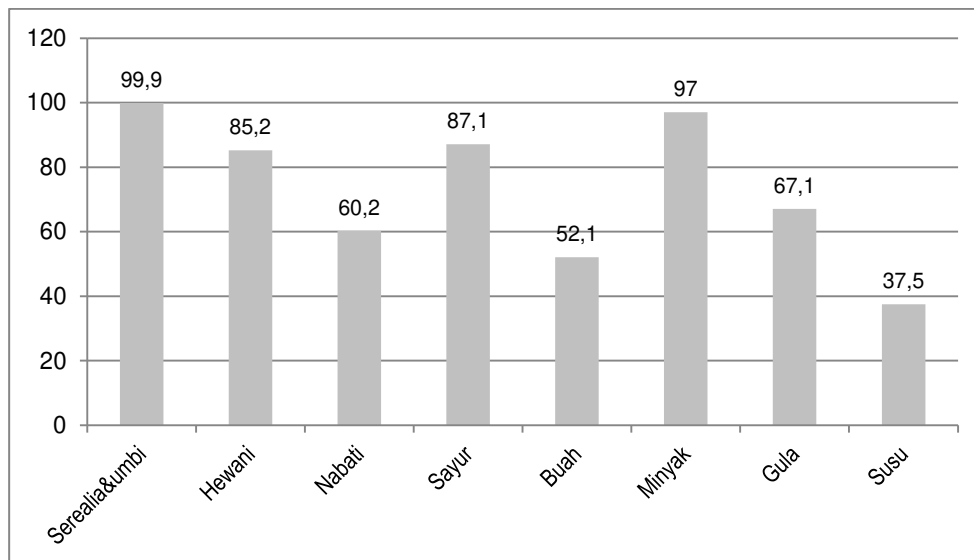
Skor pola pangan harapan (SPPH) ibu hamil total sebesar 58,2 dan kontribusi skor tertinggi dari kelompok hewani (21,7) diikuti padi-padian (17,2) dan kacang-kacangan dan olahannya (8,3). Tabel 8 memperlihatkan skor pola pangan harapan ibu hamil di perkotaan lebih tinggi (62,6) secara bermakna dibandingkan ibu hamil di perdesaan (53,5).

Tabel 9 menunjukkan bahwa skor pola pangan harapan akan meningkat bila keragaman konsumsi bahan makanan lebih dari 5 dan kecukupan energinya lebih atau sama dengan 100 persen AKE nya.

Tabel 10 menunjukkan bahwa skor pola pangan harapan akan meningkat bila keragaman konsumsi bahan makanan lebih dari 5 jenis dan kecukupan proteinnya lebih atau sama dengan 100 persen AKP nya.

Tabel 2
Rerata Konsumsi Bahan Makanan menurut Kelompok Makanan

Kelompok Bahan Makanan	Wilayah		p	Total (g)
	Perkotaan (g)	Perdesaan (g)		
Sereal dan umbi2an	271,6	280,4	0,183	275,8
Makanan sumber protein hewani	165,1	151,0	0,132	158,8
Makanan sumber protein nabati	101,5	104,3	0,246	102,7
Sayuran	76,0	77,1	0,604	76,5
Buah	166,0	141,2	0,043	155
Minyak dan lemak	44,9	46,3	0,045	45,6
Gula	19,4	22,7	0,481	21,0
Susu	47,5	39,2	0,278	44,4



Gambar 1
Presentase Ibu Hamil yang Mengonsumsi Bahan Makanan

Tabel 3
Rerata Asupan Energi, Protein, Karbohidrat dan Lemak Menurut Wilayah Tempat Tinggal

Zat Gizi	Wilayah		p	Total
	Perkotaan	Perdesaan		
Energi (Kkal)	1733	1642	0,007	1690
Protein (g)	65,5	59,1	0,002	62,4
Karbohidrat (g)	240,3	246,1	0,780	55,2
Lemak (g)	60,6	49,4	0,000	243,1

Tabel 4
Keragaman Bahan Makanan yang Dikonsumsi oleh Ibu Hamil

Keragaman Jenis Kelompok Bahan Makanan	Ibu Hamil yang Mengonsumsi (%)	Jenis Kelompok Bahan Makanan
6 jenis	21,60	Kh, hewani, nabati, sayur, buah, minyak
4 jenis	18,90	Kh, hewani, sayur, minyak
5 jenis	17,50	Kh, hewani, nabati, sayur, minyak
5 jenis	17,10	Kh, hewani, sayur, buah, minyak
< 3 jenis	24,9	Kh dengan lainnya

Keterangan: Kh= karbohidrat

Tabel 5
Keragaman Bahan Makanan Ibu Hamil menurut Wilayah Tempat Tinggal

Keragaman	Perkotaan		Perdesaan		Total	
	n	%	n	%	n	%
Kurang (<5jenis)	36	9,3	91	21,6	127	15,2
Cukup (≥5 jenis)	257	90,7	259	78,4	516	84,8

Tabel 6
Kontribusi Energi Kelompok Bahan Makanan Terhadap Asupan Energi Total (%)

Kelompok	Perkotaan (%)	Perdesaan (%)	P	Total (%)
Sereal dan umbi-umbian	52,3	59,2	0,544	55,6
Makanan sumber protein hewani	15,7	13,6	0,000	14,8
Makanan sumber protein nabati	10,6	9,4	0,000	10,1
Sayuran	1,4	1,9	0,199	1,7
Buah	7,7	7,4	0,017	7,6
Minyak dan lemak	14,0	14,1	0,010	14,0
Gula	4,6	5,4	0,676	5,0
Susu	9,2	9,0	0,576	9,2

Tabel 7
Skor Pola Pangan Harapan (SPPH) Ibu Hamil di Indonesia

Kelompok	Rerata Konsumsi (g)	Energi (kkal)	% AKE	Bobot	Skor PPH
Padi-padian	243,0	864	34,5	0,5	17,2
Umbi-umbian	99,7	160,5	6,4	0,5	1,1
Pangan Hewani	170,1	305,3	12,2	2,0	21,7
Minyak dan Lemak	25,4	209,7	8,4	0,5	4,0
Buah biji berlemak	58,2	76,8	3,0	0,5	,5
Kacang-kacangan	102,7	174	6,9	2,0	8,3
Gula	20,9	80	3,2	0,5	1,1
Sayur dan buah	40,1	23,2	0,9	5,0	4,3
Lain-lain	3,6	2,8	0,1	0	0
Total					58,2

Tabel 8
Skor Pola Pangan Harapan (SPPH) Ibu Hamil di Perkotaan dan Perdesaan

Kelompok Bahan Makanan	SPPH Ibu Hamil menurut Wilayah	
	Perkotaan	Perdesaan
Padi-padian	16,6	17,8
Umbi-umbian	1,2	1,0
Pangan Hewani	24,9	18,3
Minyak dan Lemak	4,3	3,7
Buah biji berlemak	0,5	0,6
Kacang-kacangan	9,7	6,9
Gula	1,0	1,1
Sayur dan buah	4,4	4,1
Lain-lain	0,0	0,0
Total	62,6*	53,5*

*P = 0,000

Tabel 9
Nilai SPPH Ibu Hamil menurut Kecukupan Energi dan Keragaman Bahan Makanan

Keragaman Bahan Makanan	< 100 % AKE	≥ 100% AKE
< 5 macam	38,1	110,1
≥ 5 macam	55,8	98,6

Tabel 10
Nilai SPPH menurut Ibu Hamil Kecukupan Protein dan Keragaman Bahan Makanan

Keragaman Bahan Makanan	< 100 % AKP	≥ 100% AKP
<5 macam	33,3	87,9
≥5 macam	49,7	89,4

BAHASAN

Kualitas dan kuantitas konsumsi makanan untuk ibu hamil yang baik dan cukup untuk kebutuhan ibu hamil sangat penting agar melahirkan bayi yang status gizinya baik. Masa hamil juga merupakan bagian dari seribu hari pertama kehidupan yang diharapkan keadaan status gizi dan status kesehatan masa hamil ini baik sehingga bisa melahirkan bayi yang sehat. Namun hasil penelitian menunjukkan prevalensi bayi dengan berat bayi lahir rendah dan kejadian stunting pada bayi masih merupakan masalah. Hasil Riskesdas 2007 menunjukkan prevalensi balita pendek (*stunting*) masih cukup tinggi yaitu 36,8 persen dan 35,6 persen³. Hasil penelitian mendapati 5,0 persen bayi tergolong pendek saat lahir, 5,0 persen tergolong BBLR, 4,6 persen mempunyai dua masalah gizi yaitu pendek dan BBLR¹⁰.

Konsumsi makanan selama hamil bisa menjadi penentu keberhasilan masa hamil. Hasil analisis menunjukkan konsumsi makanan pada ibu hamil cukup bervariasi. Konsumsi makanan hewani, nabati dan buah diatas 100 g per hari, namun tidak semua ibu hamil mengonsumsi bahan makanan tersebut. Susu sebagai sumber kalsium dan protein ibu hamil hanya dikonsumsi oleh 37,5 persen ibu hamil (Gambar 1). Memang merupakan kelemahan dari analisis ini bahwa sampel ibu hamil tersebut tidak diketahui umur kehamilannya pada saat dilakukan wawancara. Oleh karenanya dijumpai gap yang besar, dari jumlah bahan makanan yang dikonsumsi hanya satu jenis (buah) sampai yang mengonsumsi sejumlah delapan jenis bahan makanan (Tabel 5). Ibu yang mengonsumsi satu jenis makanan ada kemungkinan masih merasakan mual yang biasa dijumpai pada masa kehamilan trimester pertama dan berdampak pada menurunnya konsumsi bahan makanan.

Kuantitas konsumsi makanan ibu hamil, selain bisa dilihat dari jumlah konsumsi bahan makanan, dan keragaman bahan makanan bisa terlihat pula dari asupan zat gizinya. Sebanyak 80 persen ibu hamil yang mengonsumsi bahan makanan lebih dari 5 jenis bahan makanan (Tabel 4), namun setelah dianalisis zat gizinya ternyata asupan energinya rata-rata hanya 1690 kkal dan ini jauh dari kecukupan zat gizi yang dianjurkan. Pada saat kehamilan asupan energi untuk ibu hamil ditambah sebanyak 180 kkal pada kehamilan trimester pertama dan ditambah 300 kkal pada masa trimester dua dan tiga, sehingga diperoleh angka kecukupan energi untuk ibu hamil sekitar 2400-2500 kkal per hari¹¹.

Hal ini bisa dikatakan keragaman konsumsi bahan makanan pada ibu hamil baik (sudah cukup beragam), namun jumlah (kuantitas) konsumsi tiap jenis bahan makanannya masih belum mencukupi dan ini terlihat dari masih rendahnya asupan energinya. Ibu hamil yang mengonsumsi ≥ 4 jenis kelompok makanan selama kehamilan berhubungan dengan menurunnya resiko ibu hamil terhadap anemia, lahir kurang cukup bulan dan berat bayi lahir rendah¹².

Skor Pola Pangan Harapan (SPPH) merupakan indikator untuk menilai keragaman dan mutu gizi penduduk di suatu daerah. SPPH pada ibu hamil rata-rata hanya sebesar 58,2 dan lebih tinggi skornya pada ibu hamil di perkotaan (62,6) dibandingkan dengan ibu hamil di perdesaan (53,5). SPPH tersebut belum mencapai SPPH ideal yaitu 100, sehingga bisa dikatakan konsumsi bahan pangan pada ibu hamil ini belum sesuai dengan pedoman gizi seimbang. SPPH dengan nilai 100 merupakan standar keragaman pangan. Tingginya SPPH menunjukkan situasi pangan yang semakin beragam dan semakin baik komposisinya maupun mutu gizinya¹.

Tabel 10 memperlihatkan bahwa skor dari sereal, buah sayur dan kacang-kacangan yang masih rendah dan perlu peningkatan konsumsi sehingga kecukupan zat gizi terutama energi bisa tercapai. Pentingnya energi yang cukup untuk ibu hamil adalah selain energi yang diperlukan untuk beban tubuh selama kehamilan, mempersiapkan air susu ibu yang baik dari segi kualitas dan kuantitas. Oleh karena itu ibu hamil memerlukan penambahan energi selama masa kehamilan untuk mendukung kenaikan berat badan dan meningkatnya energi basal¹⁴. Bila asupan tidak tercukupi maka diperlukan suplementasi zat gizi terutama energi yang sebaiknya diberikan sesegera mungkin pada masa hamil terutama ibu yang mengalami masalah kekurangan energi kronis (KEK), karena mempunyai dampak yang besar untuk mencegah masalah gizi pada anak^{15,16}.

Tabel 9 dan 10 membuktikan bahwa agar Skor Pola Pangan Harapan meningkat, maka keragaman bahan makanan yang cukup serta asupan zat gizinya juga akan meningkat. Banyak faktor yang mempengaruhi konsumsi bahan makanan dan beberapa penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ibu tentang gizi, paparan media massa dan pengalaman gizi berpengaruh terhadap pengetahuan gizi yang akhirnya akan mempengaruhi keragaman konsumsi pangan¹⁷.

Hasil analisis menunjukkan tingkat pendidikan ibu hamil hampir 60 persen tingkat pendidikannya dibawah Sekolah Menengah Atas (SMA) seperti terlihat pada Tabel 1. Oleh karenanya keterpaparan ibu hamil terhadap pentingnya mengonsumsi makanan yang beragam harus selalu diupayakan secara terus menerus. Penanggulangan masalah gizi dan kesehatan untuk meningkatkan kualitas sumberdaya manusia, paling tepat dilakukan pada masa menjelang dan saat prenatal (kehamilan dan setelah melahirkan)¹⁸.

KESIMPULAN

Rerata konsumsi bahan makanan sumber sereal dan umbi-umbian 275,8 g dan konsumsinya lebih tinggi pada ibu hamil di desa (280,4 g) dibandingkan ibu hamil di kota (271,6 g). Makanan sumber hewani, buah dan susu konsumsinya lebih tinggi pada ibu hamil di daerah perkotaan dibandingkan di perdesaan. Ibu hamil di perkotaan konsumsi bahan makanannya lebih beragam dibandingkan ibu hamil di perdesaan. Ibu hamil yang mengonsumsi lebih atau sama dengan 5 jenis kelompok bahan makanan persentasenya lebih tinggi di perkotaan (90,7%) dibandingkan di perdesaan (78,4%).

Rerata asupan energi protein dan karbohidrat terlihat lebih tinggi secara bermakna pada ibu hamil di daerah kota dibandingkan ibu hamil di desa.

Skor pola pangan harapan (SPPH) ibu hamil total sebesar 58,2 dan skor pola pangan harapan ibu hamil di perkotaan lebih tinggi (62,6) secara bermakna dibandingkan ibu hamil di perdesaan (53,5). Skor Pola Pangan Harapan akan meningkat, bila keragaman konsumsi bahan makanan yang cukup serta asupan zat gizinya juga perlu meningkat.

SARAN

Upaya peningkatan konsumsi bahan makanan selama masa kehamilan penting untuk selalu disosialisasikan secara terus menerus.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kami sampaikan kepada Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik, Badan Litbang Kesehatan atas kesempatan dan dana untuk melakukan analisis data ini. Terima kasih juga kepada tim manajemen data yang telah menyediakan data. Ucapan terimakasih kami sampaikan pula kepada DR. Abas Basuni Jahari atas arahan serta sarannya selama pengolahan dan analisis data ini.

RUJUKAN

1. Ramachandran P. Maternal nutrition-effect on fetal growth and outcome of pregnancy. *Nutr Rev.* 2002;60(5 Pt 2):S26-S34.
2. Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2007.
3. Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2010. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2010.
4. Indonesia. Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat RI. *Pedoman perencanaan program gerakan nasional percepatan perbaikan gizi dalam rangka seribu hari pertama kehidupan (gerakan 1000 HPK)*. Jakarta: Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat, 2012.
5. Barker DJP. Introduction: the window of opportunity. *J Nutr.* 2007;137:1058-9
6. Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. *Riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2013: laporan nasional*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, 2013.
7. Rosmalina Y, Safitri A dan Ernawati F. Asupan energi dan penggunaan energi (energy expenditure) selama kehamilan: studi longitudinal. *Gizi Indon.* 2014;37 (2):101-108.
8. World Bank. *Repositioning nutrition as central to development: a strategy for large-scale action*. Washington, DC: World Bank, 2006.
9. Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. *Buku survei konsumsi makanan individu: studi diet total Indonesia* 2014. Jakarta. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, 2014.
10. Ernawati F, Rosmalina Y, dan Permanasari Y. Pengaruh asupan protein ibu hamil dan panjang badan bayi lahir terhadap kejadian *stunting* pada anak usia 12 bulan di Kabupaten Bogor. *Penel Gizi Makan.* 2013;36 (1):1-11.
11. Kartono D, Hardiansyah, Jahari AB, Sulaeen A, Astuti M, Soekatri M, *et al*. Angka Kecukupan Gizi 2012 untuk Orang Indonesia. Dalam: Soekatri MYE,

- Muslimatun S, Purwanto, Ariani M, Hardiansyah, Egayanti Y, *et al*, editor. Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi X: Presentasi dan Poster; 20-21 November 2012; Jakarta; 2012. P.207-224.
12. Zerfu TA., Umela M, and Baye K. Dietary diversity during pregnancy is associated with reduce risk of maternal anemia,preterm delivery, and loo birth weight in prospective cohort study in Rural Ethiopia. *Am J Clin Nutr.* 2016,103(6):1482-1488.
13. Indonesia, Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA, Kementerian Kesehatan, RI. *Pedoman gizi seimbang.* Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA, Kementerian Kesehatan, RI, 2014
14. Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. *Laporan studi diet total: survei konsumsi makanan individu 2014.* Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, 2015.
15. Tofail F, Lars AP, Shams EA, Jena D H, Ferdina M, Deborah R, *et al.* Effects of prenatal food and micronutrient supplementation on infant development: a randomized trial from the maternal and infant nutrition interventions, Matlab (MINIMat) study 1-3. *Am J Clin Nutr.* 2008;87:704-11.
16. Schrimpton, Victoria CG, de Onis M, Lima RC, Blossner M and Graeme Clugston G. Worldwild timing of growth faltering: implications for interventions. *Pediatrics.* 2001;107(5):1-7.
17. Hardinsyah. Review faktor determinan keragaman konsumsi pangan. *Jurnal Pangan dan Gizi.* 2007;2(2):55-74.
18. Prihananto V, Sulaeman A, Riyadi H dan Palupi NHS. Pengaruh pemberian makanan tambahan terhadap konsumsi energi dan protein ibu hamil. *Jurnal Gizi dan Pangan.* 2007;2(1):16-21.

[dikosongkan]